

Please send back to fax +49 – 8167 - 958 199



QUALITY REPORT

Qualitätsbericht

Please use this form in case of wrong delivery or quality issues!
Zur Verwendung bei Falschlieferung oder Reklamation!

Customer (Kunde)	
Address (Adresse)	
ComS.I.T. Invoice No. (Rechnungsnr.)	
Date (Datum)	
Ordered Goods (Bestellte Ware)	
Delivered Goods (Gelieferte Ware)	
Failures (Fehler)	
Requested Action (gewünschte Aktion)	<input type="checkbox"/> RMA (Rücksendung) <input type="checkbox"/> Credit Note (Gutschrift) <input type="checkbox"/> For information only (Nur zur Information) <input type="checkbox"/> Other (Andere):
Date (Datum)	Signature (Unterschrift)
ComS.I.T. Internal Use only:	
Failure report accepted?	YES NO